

att så få läkare blir fällda i Ansvarsnämnden (jag har sett en siffra på 8 procent av de patientanmälda fallen) så anser jag att skälen skall sökas framför allt i det faktum att föredragandena i Ansvarsnämnden är läkare samt att Ansvarsnämnden inte fullgör sin utredningsskyldighet.

Dominerande inflytande

Läkare sitter i HSANs nämnd och ärendena föredras i nämnden av läkare. Läkare har ett dominerande inflytande över HSAN. En amälld läkares ärende föredras av en annan läkare inom samma specialitet. Sverige är ett litet land. Jag har hört att de flesta läkare inom en specialitet känner varandra eller har träffats i något sammanhang på läkarkongresser, under utbildning, praktik, arbete m. m.

Läkarna är kända för att skydda varandra. Naturligtvis är det inte läkare som skall föredra ärendena i HSAN utan jurister. Argumentet att det måste vara läkare på grund av att de är de som har kunskaperna är nonsens. I domstolarna »föredras» väl inte felbehandlings-/skadeståndsmål av läkare utan av jurister.

Ansvarsnämnden fullgör inte sin utredningsskyldighet trots att det i 23 § lagen (1994:854) om disciplinåtgärder m m på hälso- och sjukvårdens område står att ansvarsnämnden skall se till att varje ärende blir tillräckligt utrett. Den »utredning» som Ansvarsnämnden i de flesta fall har som underlag för beslut består av anmälan, journaler och yttrande från den anmälda läkaren. Journalerna är för de mesta skrivna av honom själv. Det mesta utredningsmaterialet kommer från den anmälda läkaren själv. Kompletterande läkarintyg från anmälnaren lämnas påfallande ofta utan avseende. Ansvarsnämnden behandlar ärendena i stor utsträckning som ett dispositivt tvistemål, dvs man tar ställning till det parterna lagt fram och gör ingen egen utredning.

Naturligtvis borde det vara så att Ansvarsnämnden verkligen gjorde en kvalificerad utredning vid misstänkt felbehandling. Det är ofta omöjligt för den enskilda patienten att peka exakt på vem som gjort ett fel eller hur felet uppkommit. Han/hon var ju i vissa fall t ex vid operation inte ens vid medvetande när felet begicks. Ändå krävs det att han skall veta vem som begått felet.

»Det är ofta svårt för patienten att redovisa det egentliga

felet och vi prövar bara det patienten anmält. Vi letar inte efter fel» säger HSANs ordförande Lars-Åke Johnsson i ovan nämnda artikel. Det går knappast att få något starkare belägg för att Ansvarsnämnden inte fullgör sin utredningsskyldighet. Är Ansvarsnämnden egentligen intresserad av att komma tillrätta med felet eller är man mer oroad över att artiklar om felbehandlingar i massmedia ställer till med en massa besvär i form av fler ärenden?

Dennis Brinkeback
jur kand, Stockholm

Replik:

Ingen tvekar peka ut den som felat

Med utgångspunkt i artikeln om Ansvarsnämnden i Läkartidningen 38/97 har Dennis Brinkeback riktat kritik mot nämndens verksamhet. Hans kritik bygger emellertid till stor del på missförstånd. I det följande bemöter vi hans påståenden punkt för punkt.

Det har inte påståtts att det ökande antalet anmälningar till HSAN inte skulle kunna bero på att sjukvården har försämrats. Vi menar däremot att man av vårt material, som är mycket blygsamt i förhållande till sjukvårdens omfattning, inte kan dra någon sådan slutsats. Antalet anmälningar, som år 1996 var drygt 2 600, varav omkring 75 procent avsåg läkare, måste ses mot bakgrund av omkring 100 000 vårdkontakter om dagen och antalet läkare, som är nästan 30 000.

Ansvarsnämnden har inga åklagaruppgifter utan skall i egenskap av statlig, domstolsliknande förvaltningsmyndighet opartiskt pröva de anmälningar som kommer in till nämnden. Det betyder att nämnden – i motsats till vad Dennis Brinkeback tror – inte skall engagera sig för någon av parterna och leta efter fel som inte är anmälda. I stället skall nämnden utreda ärendet så långt det är möjligt och sedan avgöra om anmälan är berättigad eller inte. Vi är övertygade om att såväl patientsäkerheten

som läkarnas intresse av en rättssäker hantering av klagomålen i vården bäst främjas av en fristående nämnd med god kompetens.

Utreds av jurister

Nämndens ledamöter utses av regeringen. Av de ordinarie ledamöterna är endast en, nämligen Sacos representant, läkare. Ärendena utreds av jurister på nämndens kansli. Den medicinska bedömningen görs av noggrant utvalda specialistföredragande, vilka också föredrar ärendena i nämnden.

Dennis Brinkeback miss-tänker på vaga grunder att dessa föredragande inte förmår leva upp till kraven på objektivitet. Efter att ha deltagit i prövningen av tusentals anmälningsärenden har vi en annan uppfattning, nämligen att såväl nämndens ledamöter som föredragandena tar sina ansvarsfulla uppgifter på allvar och inte tvekar att peka ut den som felat. Det är sedan en annan sak att många påstådda fel inte är några fel eller att bevisningen inte alltid håller.

– Det kan för övrigt nämnas att man har prövat att låta nämndens jurister vara föredragande, men detta visade sig mindre lyckat då nämndens ledamöter ofta ställer frågor som kräver medicinsk sakkunskap.

I Kammarrätten i Stockholm, dit nämndens beslut överklagas, föredras ärendena av jurister och endast jurister deltar i dömandet. I den medicinska delen har man Ansvarsnämndens utredning som underlag och vid behov också möjlighet att höra Socialstyrelsen och dess expertis. Kammarrättens domar går, i den mån de ändras, sällan i skärpande riktning, vilket knappast talar för att ett ökat juristinflytande medför flera fällande beslut.

Dennis Brinkebacks funderingar om patientjournalers värde har inte heller täckning i verkligheten. Det är ett åliggande för varje läkare att under disciplinansvar föra journal på det sätt som har föreskrivits i lag och Socialstyrelsens författningar. Journalerna har i flertalet fall ett betydande bevisvärde och kan ge stöd för såväl friande som fällande beslut.

Anita Werner
generaldirektör och ordförande i HSAN
Lars-Åke Johnsson
ordförande i HSAN

Cigaretter ingen lämplig gåva

Jag har just läst Christina Doctares mycket intressanta intervju med Jack Robbins, åklagare i Nürnberggrättegångarna mot naziläkare, i Läkartidningen 35/97. Tyvärr skäms dock artikeln av ett av hennes personliga inpass:

»Jag ler och tänker igenkännande på alla de limpor med cigaretter som jag köpt och tagit med till Sarajevo, till allmän glädje och förnöjelse.»

Med all respekt för Sarajevoborna och deras lidande kan jag inte känna annat än olust över att en läkare i vår tobaksupplista tid glatt förser dem med denna sjukdomsalstrande drog. Kunde hon inte valt någon lämpligare gåva?

Torbjörg Hagström
allmänläkare,
medlem av
»Läkare mot tobak»

Replik:

Visst var det dumt!

Visst var det dumt att ta med sig cigaretter in till Sarajevo mitt under brinnande krig sett ur ett svenskt strängt nytto- och hälsoperspektiv! Utifrån ett storvulet svenskt etnocentriskt krusbärstänkande så håller jag helt med kollegan som funnit misshag i min gärning. CJL Almqvist misshagade tyckare på sin tid och tvingades i exil. Men han är ihågkommen för att han är en av de stora visionärerna och nydanarna i svensk litteratur och inte för de misstag han gjorde.

Jag tror inte att jag kommer att bli ihågkommen om hundra år för att jag begick det oförnuftiga misstaget att ta med mig några limpor cigaretter in till Sarajevo under kriget. Jag tror däremot att jag har skrivit in mig i Bosniens historia och bosniernas hjärtan för lång tid framöver för att jag reagerade med hela mitt hjärta på deras lidanden när jag t ex larmade om de systematiska våldtäkterna på bosniska kvinnor.

Krig är inte särskilt hälsosamt. Risken att dö en för tidig död är uppenbar. Rökning är inte heller särskilt hälsosamt. Den hälsoriskan tog man up-

penbarligen med jämnmot i Sarajevo.

Låt mig avsluta med en krigshistoria från Bosnien. Galghumoristiska historier med paret Mujo och Fata, (jfr Kålle och Ada) alltid speglade en bister realitet med döden allestädes närvarande. Alltså lyss till denna lilla sedelärande berättelse om vådan av cigaretter och hur det plägar gå uti dylika fall.

»Mujo och Fata skall försöka korsa den livsfarliga 'Snipers Alley' i Sarajevo. Ett skott viner genom luften från en krypskytt och Mujo faller omkull blödande. Fata undrar oroligt hur det gick med Mujo. Det visar sig att Mujo har haft en enorm tur trots allt. Krypskytten har missat Mujos huvud med några centimeter, bara hans högra öra är borta. Mujo tar sig åt örat eller där det en gång satt ett öra. Fata undrar om Mujo letar efter sitt förlorade öra, men han svarar: 'Örat bryr jag mig väl inte om. Nej jag letar efter cigaretten som satt bakom örat. Den betalade jag så mycket för så den vill jag inte förlora!'»

Christina Doctare
läkare, författare

Försäkrings- medicinsk utbildning för alla läkare i Sörmland

Utbildning i försäkringsmedicin för behandlande läkare föreslås i regeringsproposition 1996/97:63 refererad i Läkartidningen 19/97. Bristen på precision i hanterandet av sjukförsäkringen och arbetsskade-försäkringen uppmärksammas på nytt. Läkarnas betydelsefulla roll understryks. Ytterst handlar det om rättssäkerheten för allmänheten, det är viktigt att en person bedöms lika i Pajala och i Malmö, allting annat lika.

I juni 1997 enades försäkringskassan och landstinget i Sörmlands län om att snarast införa återkommande utbildning för läkare i länet. Eskilstunaområdet startade utbildningsprogrammet i september 1997.

A. UTBILDNING UNDER AT

1. *Utbildning en dag under s k introduktionsveckan:*

- Katedral undervisning med betoning på sjukförsäkringen.
- Genomgång av sjukskrivningsintyg.
- Praktisk intygsskrivning utifrån fallbeskrivningar/medicinska journaler.
- Beskrivning av sjukskrivningsinstrumentet med diskussion om indikation, dos och duration av sjukskrivning.
- Beskrivning av under- och översjukskrivning, biverkningar av sjukskrivning.

2. *Utbildning tre dagar under resten av AT-tiden på 21 månader:*

- Auskultation hos försäkringsläkare och försäkringskassans handläggare.
- Deltagande i s k flerpartsamtal, arbetsplatsbesök och sammanträde med socialförsäkringsnämnd.

Undervisningen är obligatorisk och sker på av sjukvårdshuvudmannen betald arbetstid. Intyg om fullgjord utbildning kommer att utfärdas.

B. UTBILDNING UNDER ST

- Praktiskt arbete som försäkringsläkare i dialog med olika handläggare och aktörer inom socialförsäkringarnas område under ledning av ordinarie försäkringsläkare.

Förhandling med Socialstyrelsen skall ske i syfte att få utbildningen under ST godkänd som SK-kurs inom relevant specialistkompetens. Utbildningen skall även för ST-läkarna vara obligatorisk och avslutas med kunskapsprov och kursintyg.

Hur privatpraktiserande läkare och företagsläkare skall inrangeras i utbildningsschemat är ännu inte diskuterat. En möjlighet vore att landstinget ställer krav på genomgången utbildning inför avtalsskrivning.

Utbildningsprogrammet kan beställas från: Bo Mikaelsson, Box 531, 631 07 Eskilstuna, tel 016-16 71 03, fax 016-16 71 80.

Bo Mikaelsson
docent, försäkringsläkare,
Eskilstuna

Läkartidningens författar-
anvisningar publicerades
senast i nr 42/96. De
kan även beställas från
sekretariatet.

KORRESPONDENS

Förtydligande om antidot- behandling vid cyanidförgiftning

Tidigare i år har vi i Läkartidningen presenterat hydroxokobalamin – en ny cyanidantidot [1]. I Läkemiddelsboken ger Giftinformationscentralen (GIC) rekommendationer för behandling av cyanidförgiftning [2]. När man jämför dessa två texter kan vissa oklarheter uppstå om hur man egentligen skall göra. Därför vill vi här förtydliga GICs behandlingsrekommendationer vid cyanidförgiftning.

Hydroxokobalamin

(Cyanokit), komplexbinder cyanidjoner, är förstahandsmedel vid säker eller misstänkt cyanidförgiftning. Hydroxokobalamin distribueras snabbt i vävnaderna och finns kvar under lång tid. Halveringstiden är i eliminationsfasen ca 26 timmar [3]. En engångsdos om 5 g hydroxokobalamin är tillräcklig för att komplexbinda all cyanid i blodet i de flesta fall. Vid massiv förgiftning kan dock ytterligare en eller flera doser behövas [4]. Efter inandning är det tillräckligt att enbart ge hydroxokobalamin intravenöst i de doser som rekommenderas i Läkemiddelsboken [2].

Natriumtiosulfat ökar metabolismen av cyanid till relativt atoxiskt tiocyanat. Det ges alltid om hydroxokobalamin inte finns tillgängligt och också som komplement till hydroxokobalamin efter hudkontakt eller förtäring på grund av långdragen absorption. Infusion av hydroxokobalamin och natriumtiosulfat skall inte ges samtidigt då natriumtiosulfat kan inaktivera hydroxokobalaminet. Man kan dock ge infusionerna direkt efter varandra oavsett i vilken ordning de ges.

Efter exponering för nitriler (t ex acetonitril, akrylnitril) [2] och nitroprussidnatrium [5] ges natriumtiosulfat som enda antidot innan symtom uppkommit. Cyanid bildas vid metabolismen av dessa substanser, en process som är relativt långsam och symtomen kommer då ofta smygande.

Amylnitrit för inhalation, som inducerar perifer vasodilatation och därigenom ökar den

perifera genomblödningen, ges på skadeplatsen endast om hydroxokobalamin inte kan ges där.

Koboltedetat (Kelocyanor) rekommenderas inte längre utan ersätts helt av hydroxokobalamin. Under en övergångsperiod kan det dock förekomma att hydroxokobalamin inte finns tillgängligt men däremot koboltedetat. Det är då viktigt att diagnosen är säker innan antidoten sätts in. Detta på grund av hög risk för allvarliga reaktioner om cyanid inte finns i blodet. Eftersom halveringstiden i blod för koboltedetat är mycket kort bör man då även komplettera behandlingen med natriumtiosulfat.

Per Kulling

biträdande överläkare,

Mark Personne

biträdande överläkare,

Giftinformationscentralen,
Stockholm

Referenser

1. Personne M, Kulling P. Vitamin B₁₂-variant vid cyanidförgiftning. Hydroxokobalamin nytt effektivt motgift. Läkartidningen 1997; 94: 877-8.
2. Kulling P, Persson H. Förgiftningar. Behandlingsanvisningar. I: Läkemiddelsboken 97/98. Stockholm: Apoteksbolaget AB, 1977: 929-56.
3. Houeto P, Hoffman JR, Imbert M, Levillain P, Baud FJ. Relation of blood cyanide to plasma cyanocobalamin concentration after a fixed dose of hydroxocobalamin in cyanide poisoning. Lancet 1995; 4(346): 605-8.
4. Houeto P, Borron SW, Sandouk P, Imbert M, Lavillain P, Baud FJ. Pharmacokinetics of hydroxocobalamin in smoke inhalation victims. J Toxicol Clin Toxicol 1996; 34: 397-404.
5. Kulling P. Nitroprussidnatrium – ytterligare en komplettering. Läkartidningen 1981; 78: 1747-8.

Max 400 ord

Till »korrespondens» välkomnas korta inlägg (högst 400 ord – vilket motsvarar 2 800 tecken plus högst fem referenser), i två exemplar och med dubbelt radavstånd.

Eftersom korrespondensspalterna är ett mått på läsarnas intresse för tidningen vill vi även fortsättningsvis värna om denna avdelning, som har högt läsvärde. Genom att varje insändarskribent fattar sig kort kan vi bereda plats för fler och publicera snabbare.